安徽省集采药品采购目录属性及价格调整

法定代表人授权书

致：安徽省医药集中采购服务中心

本授权书声明：位于 （公司地址）的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（公司名称）的 （法定代表人姓名）代表本公司授权 （被授权人姓名）为本公司的唯一合法代理人，就本公司生产的药品或进口总代理的药品在安徽省内采购目录属性及（或）价格调整工作进行申报，并在整个采购活动中，以本公司名义全权处理包括递交企业及药品信息材料、上报、维护、确认平台相关信息、产品报价、议价，签订药品购销合同、执行和完成采购周期内的售后服务等一切与之有关的事务。并保证所提供的资质证明材料真实、合法、完整。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

授权期限为：签字之日起至本次调整工作结束。授权期限内无特殊情况不得变更合法代理人（被授权人）。

法定代表人签字和盖章

授权单位名称和盖章 联系电话

**（受权人居民身份证复印件粘贴处）**

正面

企 业

公 章

**（受权人居民身份证复印件粘贴处）**

反面

**药品降价企业承诺书**

致安徽省医药集中采购服务中心：

本企业(生产/代理)药品名称 剂型 规格 包装 （流水号： ）申请进行药品采购目录属性及价格调整，主动降价为 元/最小零售包装单位，同时承诺如下：

1. 本企业对此次降价的真实性和有效性负责，承诺本价格为目前该品的全国最低省级集采价，并主动接受社会监督。

2. 本企业承诺该药品执行“最低价动态调整”。如该药品出现更低省级集采价格，本企业承诺在最低价出现一个月内主动调整安徽省集采价格，并主动接受社会监督。如不履行承诺，交相关部门按规定严肃处理。

特此承诺。

承诺企业（盖章）

年 月 日